**Schweigepflichtentbindung für die Feststellung der Schulfähigkeit**

**Erklärung**

|  |  |
| --- | --- |
| der Frau/des Herrn:  (Vor- und Nachname) |  |
| zur Vorlage bei:  (zuständiges Gesundheitsamt) |  |
| bezüglich des Kindes:  (Vor- und Nachname, Geburtsdatum) |  |

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mit dem Fall betrauten Lehrkräfte und Schulsozialarbeiter/ innen der ………………….. (*Name der Schule)*, sowie der zuständige Arzt des Gesundheitsamts sämtliche Informationen austauschen und Auskünfte erteilen dürfen, die für die Feststellung der Schulfähigkeit meines Kindes, gesetzlich vertreten durch mich, notwendig sind.

Dies gilt auch für ärztliche Atteste, die der Schule vorliegen.

Ich entbinde die genannten Personen und Institutionen von ihrer Schweigepflicht bzw. von den maßgeblichen Geheimhaltungsvorgaben nach den jeweils für sie geltenden einschlägigen Datenschutzbestimmungen.

Mir ist bekannt, dass ich nicht dazu verpflichtet bin, die beteiligten Ärzte von der Schweigepflicht zu entbinden.

Mir ist bekannt, dass diese Schweigepflichtentbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden kann.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………… |  | ……………………………………………… |
| Ort, Datum  …………………………………………… |  | Unterschrift des gesetzlichen Vertreters   |  | | --- | | ………………………………………… | |
| Ort, Datum |  | Unterschrift SchülerIn |